Sint Lucas Tijdschrift

INHOUD

Nr 3 - 1984

Voorwoord

't Schooljaar is begonnen voor het lager- en middelbaar onderwijs.

Zoals zij, missen wij de Sint-Michielszomer. De herfst meldt zich aan met regen en gevaarlijke wegen.

In deze omstandigheden verschijnt het herfstnummer, nr. 3.1984 van ons Sint-Lucastijdschrift met een terugblik op het geslaagd Fatima Congres en in het vooruitzicht van de jaarvergadering waarop de vruchten van de jaarwerking ter tafel komen, evenals het vreemdelingenprobleem.

Wij zijn ook blij onze nieuwe proost te begroeten en hem het woord te geven.

Wij verwachten U, samen met familie en geïnteresseerden voor het vreemdelingenprobleem.

Jaarvergadering

Brussel, 20 oktober 1984

Op zaterdag 20 oktober 1984, om 14u.30 zal onze jaarvergadering plaats hebben in het auditorium van *l'Ecole de Santé* van de U.C.L.

Clos Chapelle aux Champs
Sint Lambert Woluwe

Programma:

14u.30 Afzonderlijke vergadering van l'Association en van het Verbond

15u.00 Algemene vergadering
Toespraak van de voorzitter
Activiteitsverslag van de cercles van l'association en van de gidsen van het Verbond.
Verslag van de secretaris-generaal.
Verslag van de schatbewaarder.

16u.00 het vreemdelingenprobleem.
- Dr. Haenebalcke: «de psychologie en de sociale integratie van de vreemdelingen en hun familie».
- Dr. Vercruysse: «Les problèmes médico-sociaux des émigrés»

18u.00 Geconcelebreerde mis in het Auditorium.

19u.00 Feestmaaltijd in het restaurant 80, op 200 m van het Auditorium.
Bijdrage 800 fr. (feestmaaltijd, aperitief, wijn en koffie inbegrepen te storten op postchecknummer 000-0321178-11 van Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brussel.

L. Kluyskens
Ondervoorzitter

Prof. J. Lederer
Nationaal voorzitter

E.P. Paul Van Roy, s.j.

Onze nieuwe aalmoezenier

We hebben het genoegen U de nieuwe aalmoezenier van Het Verbond van de Vlaamse Gilden van de Sint-Lucas Vereniging voor te stellen.

Pater Paul Van Roy, jezuiet, werd geboren in Dworp op 23 september 1927. Na zijn Grieks-Latijnse humaniora aan het Sint Jozef College te Turnhout, behaalde hij de licentie in filosofie, theologie en Romaanse filologie.

Hij begon zijn loopbaan als leraar in het Xaverius college te Borgerhout van 1960 tot 1981. Sinds 1972 is hij docent godsdienstleer en ethiek in het H.I.M.C.W. te Brussel en sinds 1979 docent ethiek aan de K.V.H. te Antwerpen. Vermits ethiek de hoofdbrok van zijn opdracht uitmaakt is Pater Paul Van Roy zeker aangewezen om ons bij te staan bij het behandelen van hedendaagse medisch ethische problemen.

We danken Pater Paul Van Roy zeer oprecht, de taak van geestelijke begeleider van Sint-Lucas te hebben aanvaard.

Ad Multos Annos.

J. Kluyskens

Bij het aanvaarden van mijn opdracht...

Bij het aanvaarden van de geestelijke begeleiding van de Vlaamse Artsenvereniging Sint Lucas doe ik een dringende **oproep tot eenheid.**

Het laatste gebed van Jezus tot Zijn Vader in het bijzijn van Zijn leerlingen was een gebed om eenheid: « dat zij één mogen zijn zoals Wij » (Johannes 17,11). In de dagelijkse omgang met Zijn leerlingen had Hij ervaren hoe moeilijk het is voor mensen om onderling één te zijn. Individuele verwachtingen, eigen ideeën en persoonlijke ambitie leiden vaak tot onoverbrugbare tegenstellingen. Op weg naar Kafarnaüm hadden de leerlingen een woordentwist gehad over de vraag wie van hen de grootste was (Markus, 9,34), en op weg naar Jeruzalem waren Jakobus en Johannes apart bij Jezus gekomen met de bede dat in Zijn glorie een van hen aan Zijn Rechter- en de ander aan Zijn linkerhand zou mogen zitten (Markus, 10,37). Wij zoeken voorrang, ten nadele van de anderen. De ander is de concurrent, de hinderpaal, de vijand. En de vijand moet overwonnen worden.

Eenheid is geen synoniem van gelijkheid. Vader, Zoon en Geest bewaren elk hun eigenheid, die niet uitwisselbaar is. In de eucharistische viering belijden wij de Vader als Schepper, de Zoon als Verlosser, de Geest als Bezieler. Elk heeft een eigen taak, een eigen zending. Maar die eigenheid komt niet uit tot uiting ten koste van die van de ander. Integendeel, de eigenheid van de goddelijke Personen maakt de rijkdom uit van hun wezenlijke eenheid. Daarom zetten wij in onze geloofsbelijdenis deze eenheid voorop: **Ik belijd één God.** De scheppende Vader is niet denkbaar zonder de verlossende Zoon, en beiden blijven zij onverbrekelijk verbonden met de bezielende Geest. Thomas van Aquino formuleerde het op onovertroffen wijze: relationes constituunt personas, de onderlinge relaties (van Vader, Zoon en Geest) maken het wezen uit van hun Persoon-zijn.

Zoals Jezus heeft ook Paulus de nood gevoeld aan eenheid onder de christenen. Naarmate hij vordert in zijn apostolische bedrijvigheid zien we hoe zijn aandacht voor de eigenheid van de lokale kerkgemeenschappen verbreedt tot de parallelle zorg voor de onderlinge eenheid. Als hij in Filippi vertoeft, verliest hij de gemeente van Jeruzalem niet uit het oog, en als hij weer naar Jeruzalem trekt, overhandigt hij aan de vervolgde broeders aldaar de gaven van de Filippenzen, als teken van hun eenheid in hetzelfde geloof.

Zo moet het ook onder u wezen: in uw persoonlijk leven, in uw gezinsleven, in uw beroepsleven. Alles wat tot eenheid leidt, komt uit God, alles wat die eenheid schaadt, is «des duivels». God enigt, de duivel rukt uiteen. Het woord duivel komt van het Griekse **diabolos** en **diaballo** betekent uiteengooien, splitsen. De duivel is de grote splitser. Als wij tot God bidden dat Hij ons zou behoeden voor «de werken van de duivel», dan vragen wij dat Hij ons zou helpen om de breuken in ons eigen innerlijk en in onze relaties met de anderen te vermijden. Want breuk en splitsing leidt tot de dood, alleen de eenheid leidt tot leven.

P. Van Roy s.j.

LISSABON - FATIMA 1984

Met Veertig trokken ze op reis
In d'hoop van vred' en peis
Naar 't Plaatsken ver gelegen
Na kronkelige wegen.

Het weer was guur
De wind was zuur
Maar 't hart was vol verlangen
Naar hogere gezangen.

Een landje aan de wilde zee
Vol fierheid voor het groot verlee
Bood aan de Veertig uit het Noorden
De toevlucht van zijn oorden.

Het werd zoals ons Vlaandrenland
Weldra een nieuw Vaderland.

De Veertig vonden er vol blijdschap
Genegenheid en wetenschap
Het werd een tijd om te bezinnen.
't Geluk voor veel gezinnen.

Die dokters uit Europa saam
Verworven er een nieuwe faam
Vrij en ongedwongen
Voor Maria te Fatima bezongen.

J.K.

Lissabon 5e F.E.A.M.C. Congres
26.05.1984

Over het verband tussen Psychotherapie en Ethiek

Fatima, 24/5/84

Dr. L. VAN DER PLAETSEN
Neuropsychiater

Mijnheer de President,
Geachte Collegae,
Dames en Heren,

Vooreerst mijn dank aan de organisatoren die mij in de gelegenheid stellen te spreken, daar waar de H. Maagd heeft gesproken. Gezien de tijd zeer kort is wil ik in enkele woorden een paar ideeën naar voor brengen die het enge verband tussen psychotherapie en ethiek onderlijnen.

In de loop der eeuwen hebben de verschillende volkeren en kulturen een groot aantal morele regels opgesteld, geboden en verboden die vaak in oppositie en tegenspraak zijn met elkaar, bepaald door menigvuldige invloeden. Voorschriften omtrent het huwelijk, het eten van vlees, rust op de sabbat, enz... Maar het zijn niet deze regels die ons hier bezighouden. Want ze vormen slechts de uiterlijke kant van onze moraal, essentieel gekenmerkt door zijn veelheid.

Inderdaad, gezien vanuit de innerlijke kant — dit is vanuit de psychische kant — kunnen deze talrijke voorschriften teruggebracht worden tot één enkele bron die de basis raakt van ons innerlijk leven. Van binnenuit gezien ontdekken we een merkwaardige eenheid in de ethische regels, ditmaal onafhankelijk van tijdperken en kulturen, onafhankelijk zelfs van de verschillende godsdiensten. Niet stelen, niet kwetsen, niet liegen, zich afzijdig houden van hebzucht, hoogmoed, jaloersheid... het zijn allen universele regels, zo universeel als de mensheid zelf. Waarom? Dit is de fundamentele vraag van mijn betoog: omdat de ethische regels een funktie hebben, inherent aan het funktioneren van het menselijk psychisme. Omdat de ethische wetten ook — en misschien zelfs op de eerste plaats — psychologische wetten zijn. Ze zijn niet accidenteel, maar organisch verbonden met het menselijk psychisme, waarvan ze de krachtlijnen vormen waarlangs het evolueert naar het meesterschap over zijn reële funktie: het zien en het beleven van de werkelijkheid. Elke psychotherapie heeft geen ander doel. De psychotherapie voert naar de realiteit, de ethiek voert naar de Realiteit, grote R. En op het ogenblik dat de moderne fysica — in mathematische termen, in de termen van de ultrafysica en microfysica — de transcendente realiteit van de materie ontdekt, hierbij de oude muren neerhalend tussen godsdienst en wetenschap, raken we hier met de vinger een andere eenheid, niet minder merkwaardig, namelijk deze van de psychische evolutie naar zijn ontplooiing, zijn genezing — beschreven in psychologische termen — en deze van de opgang der ziel naar God, neergelegd in een religieuse of mystieke taal.

Nu het probleem op deze wijze is gesteld, zou ik enkele repèrepunten willen geven om de geest te oriënteren. Vereenvoudigd en schematiserend kunnen we zeggen

dat de mens leeft op twee verschillende psychische niveaus: een lager niveau dat ons herinnert aan het dierlijk bestaan, en een hoger niveau dat typisch menselijk is. Op het lager psychische niveau denkt, voelt, handelt de mens volgens een egocentrische tendens, alles naar zich toe halend. De wet van het dierlijk bestaan is het egoisme, en het egoisme is goed op dit niveau omdat het zorgt voor het behoud en de voortzetting van individu en ras. Maar de mens kan uitstijgen boven deze moraal van het egoisme, deze tendens om alles naar zichzelf toe te halen achter zich laten en zich richten naar het hogere. Hiertoe moet hij zich volledig omkeren en een tegengestelde oriëntatie geven aan zijn manier van denken, voelen, handelen. Oog voor oog wordt het aanbieden van de andere wang, de jacht op aards bezit wordt het verwerven van een schat in de hemel. Dit betekent een omkering van de waarden, een nieuwe psychologische oriëntatie, en deze kan zich slechts realiseren door een evolutie op het ethische vlak. Op die manier wordt het lager niveau tot stilte gebracht om het hogere te laten openbloeien.

En enkel het hoger psychische niveau ziet de realiteit. Het lager niveau — uit hoofde van zijn egocentrisme — vervormt de realiteit om zichzelf op het voorplan te brengen, om zichzelf veiligheid en kontinuiteit te verzekeren. En dit volgens mechanismen die we al dan niet ziekelijk noemen en die het bewuste plan en nog veel meer het onbewuste plan aangaan. We weten in welke mate de angst en het verlangen onze waarnemeingen, gedachten en daden beïnvloeden en vervormen. We kleuren de wereld rondom ons volgens onze eigen psychische gesteldheid. We bekijken en oordelen de anderen door onze bril van sympathie en antipahtie. We leven niet in de werkelijke wereld, we leven in een mentaal vervormde en geprojekteerde wereld! Leugen, hebzucht diefstal, jaloersheid... zijn innerlijk verbonden met deze aktiviteit van vervorming, selektie, projektie. Op het ogenblik dat we sinds lang geen enkele leugen meer hebben gesproken uiterlijk bereiken we een innerlijk punt waar we ons realiseren dat we tot nu toe nog niets hebben gedaan aan de meest hardnekkige en de meest intieme leugen van ons leven: het manipuleren van de observaties en gedachten uit zelfbehoud. Het is slechts wanneer we in staat zijn onze hoogmoed en onze hebzucht te kontroleren dat we ons ervan kunnen bevrijden in alles wat we doen een toekomstig, hersenschimmig doel na te streven, zodat we voor het eerst in ons leven een echte daad kunnen stellen, gedaan voor de waarde van de daad op zichzelf. Woede, haat, nijd, jaloersheid zijn allen psychische aktiviteiten die een sluier opwerpen in ons psychisme waardoor we belet worden de ander te zien, zoals hij is. Waarom moraliteit? Waarom de liefde en niet de haat? Omdat de haat verblindt en de liefde de ogen opent voor de realiteit van de ander. In een wederzijds proces kan men de ander slechts zien en toont de ander zich slechts wanneer er een relatie is van liefde. De liefde, de vergevensgezindheid, de tevredenheid, de onthechting brengen het lagere psychisch funktioneren in ons tot stilte en laten het hogere toe in werking te treden. En tegelijkertijd ontdekken we meer en meer kontaktpunten met de werkelijkheid, met de waarheid omtrent onszelf en de omstandigheden waarin we leven.

Het is precies daar dat onze zieken zijn geraakt door hun mentale stoornissen. Hoe dieper de stoornissen, des te verder leven ze weg van de realiteit, tot hallucineren en wanen toe. Ze funtioneren op een neurotisch of psychotisch vlak, maar ook dat is een niveau van verblinding, onvrijheid, angst en emotionele pijn. Ze zijn in de greep van dezelfde begoochelende mechanismen die ook de gezonde mens aan zichzelf gekluisterd houden, ongelukkig maken en verblinden. De moeilijkheden liggen op een ander — ditmaal ziekelijk — vlak, maar wat de psychotherapie doet om op dit vlak genezing te brengen is een repliek van wat de ethische voorschriften doen op het niveau van de gezonde mens, door hem te leiden op de zoektocht naar zijn ware, onvergankelijke wezen. Uiteindelijk is men selchts werkelijk genezen wanneer men het leven niet meer ziet in funktie van zichzelf maar wanneer men het kan zien in zijn ware dimensie, en er de diepte en de zin van ontdekt.

Daarom zal elke psychotherapie die haar doel bereikt tegelijkertijd ook de verstorende mechanismen van het lagere psychische niveau tot stilte brengen. Daarom ook betreft de eerste ethische regel het scheppen van deze stilte: «Zalig zij die vrede brengen». Het is het Ahimsa uit het oosten, waar de geweldloosheid de eerste stap is op de spirituele weg naar de verlichting. Het is het AUM, de heilige klank der Hindoes. Het is de Sjalom, de wens der innerlijke vrede, die Kristus toewenst aan St. Thomas en door St. Thomas aan ons allen.

Ik dank U.

Huisarts en erfelijkheid

Fatima, 24/5/84

J.A.J. STEVENS (Arnhem)

Inleiding

De huisarts heeft dikwijls te maken met patiënten die hem vragen of familiaire of erfelijke factoren een rol spelen bij het ontstaan en het verloop van bepaalde ziekten.

U dient hierbij niet alleen te denken aan bekende chromosomale afwijkingen, zoals trisomie 18 en 21 of aan de chorea van Huntington en spierdystrofie. Vragen over erfelijke aanleg worden ook gesteld met betrekking tot andere ziekten: Kanker, asthma, huidziekten, hart en vaatziekten.

Welke mensen nu confronteren de huisarts met genetische problemen? Ik noem enkele voorbeelden:

Aan de ene kant:

- Gezonde mensen. Mensen, bij wie in de familie een waarschijnlijke of vermeende aandoening voorkomt. Zij willen weten of dit gevolgen kan hebben voor henzelf, hun kinderen, of andere familieleden.
  Bij een ernstige ziekte in de familie: kanker, neurologische en psychiatrische aandoeningen kan de huisarts er zeker van zijn dat er gevraagd wordt of zo'n ziekte erfelijk is.

Aan de andere kant:

- Zieke mensen, die zorgen hebben over hun ziekte; of zij zelf de ziekte hebben die al in hun familie was voorgekomen en waarvan zij het verloop gezien hebben; heeft hun ziekte consequenties voor onwetende gezonde familieleden?

Het zijn vragen, die dikwijls een diepgaande anamnese vereisen. De huisarts zal met geduld, tact en toewijding deze hulpvragenden tegemoet moeten treden. De bemoeienis van de huisarts bij erfelijkheidsvragen wil ik verdelen in:

a. De taak van de huisarts vóórdat de patiënt de geneticus consulteert. Zijn onderzoek, consultatie en verwijzing.
b. De taak van de huisarts als de patiënt antwoord gekregen heeft van de geneticus.

a. Onderzoek, consultatie en verwijzing

Wat betreft anamnese en onderzoek.

Om welke aandoening gaat het? Zijn er op grond van een zorgvuldig afgenomen anamnese en gegevens van de familie aanwijzingen dat de aandoening inderdaad voor verdere genetische evaluatie in aanmerking komt?

De aard van de afwijking bepaalt dikwijls wat er verder moet gebeuren. Bij vermoeden op een familiaire hypercholesterolemie kan de huisarts bloed laten onderzoeken bij patiënt en familie, om te bepalen om welk type hypercholesterolemie het precies gaat, of het om een familiaire aangelegenheid gaat en welke consequenties het heeft.

Bij een geleidingsdoofheid bij een 35-jarige kan een keel, neus en oorarts ingeschakeld worden om mede op grond van vóórkomen in de familie de diagnose otosclerose te stellen. Bij verdenking op spierziekten zal een verwijzing naar een neuroloog opheldering moeten geven om welke aandoening het precies gaat en of dit een aandoening is met genetische consequenties.

Samenvattend: In dit stadium dient de huisarts te zorgen dat er een zo exact mogelijke diagnose bekend wordt en hij dient zich een oordeel te vormen of hier verder, al dan niet samen met een specialist, consultatie van een geneticus is geïndiceerd.

Wat betreft consultatie.

Hieronder verstaan we dat de huisarts al dan niet in samenwerking met een specialist contact opneemt met een geneticus. Op grond van de diagnose en / of vóórkomen van een ziekte in de familie kan er twijfel zijn of er voor de patiënt of zijn familie erfelijke consequenties aan deze ziekte verbonden kunnen zijn. Vóór consultatie moet de huisarts beschikken over voldoende relevante gegevens wat betreft anamnese en / of onderzoek. Een geneticus kan dan beoordelen of een eenvoudig advies voldoende is, of eerst verdere gegevens verkregen moeten worden, of dat patiënt of familie beter gediend zijn met een verwijzing.

Wat betreft verwijzing.

Indicaties voor verwijzing zijn:

— evidente genetische problematiek.
— minder evidente problemen, waarbij geneticus en behandelend arts na hun consultatie van mening zijn dat verwijzing aangewezen is.

Verwijzing op zich kan een ingrijpende handeling zijn. Als de patiënten de erfelijkheidsfactor niet kennen en de huisarts wel is de verwijzing geen handeling op zich maar een proces, waar bij voorbaat al een stuk begeleiding in dit stadium moet plaats vinden. Achterwege blijven van begeleiding kan latere besluitvorming ván — en acceptatie dóór de patiënten bemoeilijken.

b. Omgaan met het genetisch advies

De verwijzing is een feit, de geneticus doet zijn onderzoek hetgeen zal resulteren in een uitspraak en een advies. De bedoelde afwijking is erfelijk of niet erfelijk, heeft wel of geen grote consequenties.

Het adviesgesprek zal in vele gevallen aanleiding geven tot emoties bij de adviesvragers. Bij het verwerken van de consequenties van het genomen besluit is begeleiding vaak gewenst. Het is een goede zaak bij de adviesgesprekken waarbij vérstrekkende consequenties aan de orde zijn de behandelende huisarts of specialist te betrekken.

Klinisch-genetische centra hebben vaak maatschappelijk werkers maar in de meeste gevallen zal toch de huisarts met de familie verder gaan, eventueel gesteund door plaatselijke maatschappelijk werkers, in de eigen woonomgeving van de patiënt.

Als het genetisch advies bekend wordt zijn er twee hoofdtaken voor de huisarts:

— informatie en communicatie
— ondersteuning

Wat betreft informatie en communicatie:

Met patiënt en zijn familie zal gesproken moeten worden, zowel na eigen onderzoek van de huisarts, zowel na consultatie als na verwijzing. Hierbij komen de aard van de erfelijke afwijkingen, het verloop en de behandelingsmogelijkheden alsmede de preventie aan de orde. Ook als de geneticus de betrokkenen met zorg geïnformeerd heeft, worden in de thuissituatie met de huisarts vele aspecten nog vaak doorgenomen. Dit veronderstelt een uitstekende communicatie tussen geneticus en huisarts. Dit vraagt ook aan de huisarts om zich ad hoc te verdiepen in die zeldzame erfelijke ziekten, die

toevallig in zijn praktijk vóórkomen. Details van die ziekten kunnen belangrijk zijn voor het er mee omgaan in het dagelijkse leven.

Wat betreft ondersteuning:
De **lijder** zal met de erfelijke ziekte door het leven moeten. Wat dat betekent weet iedere medicus practicus uit zijn dagelijkse werk. De lijder zal gesteund moeten worden voor wat betreft zijn onzekerheden, de verhoogde kans op ziek zijn of invaliditeit, het vooruitzicht niet oud te worden.

De voortplanting kan voor de lijder drie soorten problemen met zich meebrengen: infertiliteit (bv. bij cystic fibrosis), genetische problemen bij de nakomelingen en het vrij jong sterven van de lijder, als die vader of moeder geworden is.

De problemen, die bij dragers zich kunnen voordoen, en die hieronder genoemd worden, spelen veelal in nog sterkere mate bij de lijders. De lijder is een medemens die dikwijls levenslang veel ondersteuning van de huisarts behoeft.

Dan de begeleiding van de **dragers** en de mogelijke dragers. Hun onzekerheid kan al beginnen bij het vernemen van hun (mogelijke) erfelijke belasting. Hun aarzeling bij het aangaan van verkering, het moeten vertellen aan de partner, dat het krijgen van kinderen genetische problemen kan hebben. Dan komt de keuze vóór of tegen progenituur, het overleg met de huisarts, de consultatie van de geneticus, eventueel de verwijzing.

Een jong stel gaat dan een zwangerschap aan. De eerste maanden brengen vaak een grote zorg en spanning met zich mee, het wachten op de gunstige tijd voor prenatale diagnostiek, het wachten op de uitslag. De opluchting als de uitslag gunstig is, en de blijdschap als er een gezond kind geboren is.

Als de uitslag een genetische afwijking aan het licht brengt, komen er nieuwe situaties. De arts, welke dan ook, heeft nooit het recht te verlangen dat deze vrouw dan een abortus ondergaat. Als het echtpaar aangeeft dat de problemen met betrekking tot het a.s. ernstig gehandicapte kind voor hen niet te dragen zijn, zal een goede begeleiding, vaak van lange duur noodzakelijk zijn. En wanneer de vrouw toch een abortus ondergaat — hetgeen dikwijls de realiteit is — dient de medicus voorzichtig te zijn met zijn oordeel. Het echtpaar heeft dan begrip en clementie nodig en zeker ondersteuning om de abortus te verwerken. Het echtpaar kan ook besluiten het kind te willen behouden, het ter wereld te laten komen en het groot te brengen. Voor de huisarts, als gezinsarts ligt hier een langdurige en indringende taak.

Tenslotte is er ook nog een verdere familie, zij moeten kunnen worden ingelicht. Zij leven mee in lief en leed, situaties waar de huisarts mee te maken kan hebben.

Welke problemen ontmoet de huisarts m.b.t. de erfelijkheidsadvisering!

1 In de fase van anamnese en onderzoek.
Bij het nagaan van ziekten in de familie blijken door migraties familieleden niet meer aan de huisarts bekend te zijn. Regionalisatie van praktijken geeft hier nog verdere beperkingen. Echtscheidingen maken het dikwijls moeilijk de verdwenen echtgenoot terug te halen. Privacy bescherming kan een delicate kwestie zijn bij het samenstellen van een stamboom.
2 Bij de consultatie en verwijzing.
Wat moet de huisarts over de aard en de ernst van de afwijking? Moeten er al mededelingen gedaan worden hoe ingrijpend de afwijking kan zijn? Da patiënten willen al spoedig het naadje van de kous weten.
3 Als er een erfelijke afwijking bestaat, wie van de familie moeten ingelicht worden en wanneer?

Een ander probleem is de invloed van de omgeving op de patiënt en zijn familie.
— Verwijten uit de omgeving als een echtpaar de kans op prenataal onderzoek laat lopen en daarmee een ongelukkig kind geboren laat worden, wat te voorkomen geweest zou zijn.
— Verwijten dat de ouders een kind een bepaald lijden zouden «bezorgen».

4 Een algemeen probleem voor de huisarts is het naar zich toetrekken van de moraal. Wie zal bepalen welk leven waardevol is, en welk niet.
Ook kunnen eugenetische tendensen meespelen, alsmede het probleem van genetische manipulatie.

Ik wil eindigen met 5 stellingen:

— Elke huisarts dient zich een basiskennis eigen te maken van de genetica en de problemen, die zich op dit terrein vóórdoen.
— Als elk mens uniek is, is elke gehandicapte dat ook, en dient ook de gehandicapte als uniek mens behandeld te worden.
— Elke invaliditeit bestaat daar waar hij als zodanig ervaren wordt. De handicap betreft niet alleen de patiënt, maar ook zijn directe leefgemeenschap.
— Naast kennis is een grote mate van betrokkenheid nodig die de huisarts in staat stelt een continue zorg te verlenen aan hen die erfelijke ziekten hebben of vrezen te hebben, en daar waar men worstelt met de mogelijkheid van ingrijpende handicap bij toekomstige kinderen.
— Hulp kan door de huisarts worden gegeven; op zijn beurt heeft hij ook altijd hulp nodig, niet alleen van collega's en medewerkers maar ook van de patiënten.

Klinisch Experiment en Therapeutiek

A. Beretta ANGUISSOLA (Rome)

De medische wetenschap onderstelt steeds het experiment dat op een bepaald onderzoeksniveau de mens zelf tot voorwerp heeft. Deze waarheid is in het bijzonder van toepassing op het gebruik van nieuwe geneesmiddelen, nieuwe diagnosemethoden of nieuwe heelkundige technieken. De vraag van de toelaatbaarheid van dergelijke experimenten is gaandeweg dwingender en complexer geworden in de mate waarin de moderne geneeskunde, vergeleken met deze uit het verleden, kwalitatief markante vooruitgang heeft geboekt. Tijdens de laatste decennia heeft de geneeskunde een volledige gedaanteverandering ondergaan. Van een kunst of van een louter praktische toepassing is zij geëvolueerd tot een uitgeproken experimentele wetenschap. Haar methodologie bij studie en onderzoek is onder de stuwing van de scheikunde, van de biologie en hedentendage van de informatica, radikaal technologisch geworden. Niemand twijfelt er nog aan dat de moderne geneeskunde een integrerend deel is van onze technologische wereld.

In het licht van deze snelle en grondige omvorming zijn triomfgevoelens beslist niet misplaatst. Ter rechtvaardiging daarvan moge verwezen naar de huidige methodologie m.b.t. het onderzoek van de zieke. Het klinische onderzoek steunend op het gesprek met de zieke en de auscultatie, blijft alsnog het uitgangspunt in het ziekenhuis. Dat onderzoek heeft zich echter kortelings de opsporingsmethoden van de basiswetenschappen eigen gemaakt, te weten: de electronische microscopie, de radioactieve stralen, de directe endoscopische visie van de organen, de registratie van de elekctrische stromen verbonden met de werking van de hersenen en het hart, voorts nog uiterst gespecialiseerde instrumenten zoals de 'biomedical sensors', de computers en de rekenmachines, allemaal hoogst nuttige hulpmiddelen zowel in de dagelijkse klinische praktijk als in het epidemiologisch en physiopathologisch onderzoek.

Deze merkwaardige vooruitgang vertoont echter ook schaduwzijden. Aangezien de nieuwe geneeskunde fundamenteel steunt op de technologie, ondervindt zij ook de weerslag van de grondige ambivalentie eigen aan de technologische ontwikkeling. De **homo faber** heeft uiteindelijk inzicht verworven in de structuur zelf van de materie. De nieuwe Adam heeft, naar het woord van een onzer eminente wijsgeren, Prof. Sergio Cotta, de Herculeszuilen van de natuur achter zich gelaten en is nu in staat om 'naar eigen goeddunken de natuur zelf te fabriceren en te vernietigen' (St. Simon). Dat brengt mee dat de huidige mens zowel de vooruitgang als de teruggang, zowel het leven als de dood kan bewerkstelligen.

De laatste decennia is de **homo faber,** heer en meester van de techniek, tevens de **homo biologicus** geworden, heer en meester van zijn eigen biologische structuur, welke hij naar wens kan opbouwen en afbreken. Het volstaat in dit verband te verwijzen naar de ontdekkingen op het gebied van de bevruchting en de embryo-overdracht, de geboorteregeling en de beheersing van de vruchtbaarheid, de genetica, de biologische technieken, de psycho-pharmaca en de orgaantransplantaties.

De verantwoordelijkheid van de wetenschap is een levensgrote vraag voor de geneeskunde geworden. Immers, als het waar is dat deze laatste zich hedentendage tot een wetenschap ontwikkeld heeft en zeer nauw met de technologie verbonden is, dan is het evenzeer waar dat het object van haar onderzoek steeds hetzelfde blijft, nl. de mens, juister nog, de zieke mens. De inhoudelijke ethische inslag van deze experimentele wetenschap is overduidelijk: de ethiek belicht en conditoneert niet alleen de fase van het onderzoek, maar tevens de fase van de toepassing der bekomen resultaten. Dit onderwerp is zo veelomvattend en complex dat ik mij in dit kort referaat moet beperken tot enkele belichtingen i.v.m. klinische en therapeutische experimenten.

Dergelijke experimenten, door allen noodzakelijk en onvervangbaar geacht, zijn gebonden aan drie grondbeginselen (Pius XII): het belang van de medische wetenschap, het individuele belang van de zieke en het belang van de gemeenschap (bonum commune).

De wetenschappelijke kennis bezit een intrinsieke waarde afgezien van het nut dat zij oplevert voor het individu en de gemeenschap. Er bestaat derhalve geen principieel moreel bezwaar om ook experimenten uit te voeren (op de mens) welke louter de vervolmaking van onze medische kennis beogen. Er zijn evenwel bepaalde grenzen. Niet elk experiment is geoorloofd alleen maar op grond van de bewering dat zij de kennis van de waarheid verhogen. Om het even welk experiment dat de rechten van de menselijke persoon schendt is ongeoorloofd, om de eenvoudige reden dat het niet mag uitgevoerd worden **op** de mens maar **met** de mense (Maccacaro) die er vrij en vrijwillig aan deelneemt. De wetenschap is niet de hoogste waarde waaraan alle andere waarden ondergeschikt moeten worden, zij moet integendeel op harmonische wijze in de menselijke waardenschaal ingepast worden. De wetenschap dient derhalve bepaalde grenzen te eerbiedigen, zoals het recht op leven van de zieke en het respect voor zijn physische en psychische integriteit.

Gebrek aan eerbiediging van deze grenzen heeft de laatste decennia geleid tot onaanvaardbare vormen van geweldpleging op de mens. Zelfs op vandaag komen er in de medische praktijk heel wat gevallen van geweldpleging op de zieke voor. Ik verwijs hier naar het gebruik van traumatiserende diagnose-technieken, chirurgische ingrepen met hoog risico, aanwending van geneesmiddelen met bijkomende gevolgen en dit, helaas, doorlopend zonder de 'voorgelichte instemming' van de patient. Al te vaak werkt de huidige technologische geneeskunde ontmenselijkend, zij verstoort het vertrouwen tussen de arts en de patient, omdat zij de zieke niet benadert in zijn physische, psychische, geestelijke en morele integriteit.

Het tweede grondbeginsel ter rechtvaardiging van het medisch experiment is het belang van de zieke. Dit is evenwel geen absoluut beginsel. Men kan dit probleem vanuit verschillende gezichtshoeken benaderen. Dat de arts een bepaalde ingreep tijdens de behandeling van de zieke noodzakelijk acht, volstaat niet — in absolute zin — om die ingreep te legitimeren. De arts heeft integendeel de geïnformeerde toestemming van de patient nodig, met name in die gevallen waar het gaat om experimenten (steeds in de therapeutische fase) met nieuwe en riskante geneesmiddelen, om traumatiserende en riskante heelkundige ingrepen, om ingrijpende diagnose-technieken (selectieve angiografie, coronarografie, hartcatheterisme, esophage-gastro-duodenale endoscopie, recto-sigmoidoscopie, colonscopie, laringoscopie, broncoscopie, mediastinoscopie, epathische en renale agobiopsie, enz.). Zo al niet in alle, dan is toch in vele gevallen (naar gelang van de particuliere toestand van de zieke) de toestemming van de patient vereist, aangezien de arts slechts die macht en rechten over de zieke bezit welke deze laatste hem expliciet of impliciet toekent. (Pius XII).

De zieke beschikt echter evenmin over een absolute macht over zichzelf. Als mens mag hij niet naar eigen goeddunken over zichzelf beschikken. Hij mag b.v. niet toestemmen in de manipulatie van zijn physische en psychische integriteit met het oog op medische experimenten en onderzoekingen welke zijn gezondheid niet ten goede komen en die zware verminkingen en gevaren kunnen meebrengen.

In deze zwaarwegende aangelegenheid hebben de woorden van Pius XII als van geen ander de geesten verlicht: «Waar ligt voor de arts de morele grens in het uittesten van nieuwe technieken in het belang van de zieke? Die grens is dezelfde als voor de zieke, nl. die welke door de gezonde menselijke rede en de eisen van de morele natuurwet aangegeven wordt. De arts beschikt slechts over de rechten die hem door de patient toegekend worden, maar deze laatste kan slechts verlenen wat hij bezit (en dat is niet de onbeperkte macht over zichzelf)».

Er is nog een derde beginsel waarop men zich beroept om het recht van de geneeskunde op nieuwe diagnose-technieken, nieuwe typen van heelkundige ingrepen en nieuwe geneesmiddelen te rechtvaardigen. Hierbij valt de nadruk op het belang van de gemeenschap, op het bonum commune. Dit beginsel heeft een grote intrinsieke waarde. De gehele moderne geneeskunde is niet alleen op het individuele maar bovendien op het sociale welzijn gericht. Ontelbare pogingen worden gedaan om de grootst mogelijke bescherming van het gemeenschappelijk welzijn te waarborgen. Maar het belang van de gemeenschap is evenmin een absolute waarde, het is zelfs niet primair t.o.v. het belang van het individu. Ook het gemeenschappelijk belang heeft zijn morele grenzen die door 'de nieuwe machten' geëerbiedigd moeten worden. Het probleem werd andermaal door Pius XII op meesterlijke wijze uiteengezet. Kan het openbaar gezag dat de plicht heeft te zorgen voor het algemeen welzijn, aan de arts de macht verlenen om nieuwe experimenten uit te voeren, als deze laatste in strijd zijn met het recht van de mens op zelfbeschikking? Mag het openbaar gezag het recht van de zieke op zijn physische en psychische integriteit beperken of opheffen in het 'hoger' belang van de gemeenschap?

Voor elk rechtgeaard mens, voor elke 'vrije' arts, hij weze christelijk of niet, is het duidelijk dat de openbare macht geen enkel recht bezit op het physisch leven van de menselijke persoon die lid is van de gemeenschap. Derhalve kan die openbare macht een dergelijk recht (dat zij niet bezit) niet toekennen aan de arts, die in dat geval verplicht zou zijn te handelen niet als een private persoon maar als gemandateerde van de openbare macht.

Klinische en therapeutische experimenten dienen dus de door de rede en de natuurlijke moraal opgelegde ethische normen te eerbiedigen. De toepassing van nieuwe methoden op de mens vereist een uitgebreid voorafgaand experiment in het laboratorium en meer bepaald op dieren. Zich onthouden van experimenten op de mens ware onredelijk en vol risico's: op die wijze zou men belanden ofwel in klinische toepassingen zonder enige controle ofwel in verzaking aan om het even welke vorm van wetenschappelijke vooruitgang. De experimenten op de mens dienen echter bepaalde regels te eerbiedigen en mogen niet louter aan het oordeel van de onderzoeker overgelaten worden. De Tien geboden van Nuerenberg, de Verklaring van Helsinki, de normen die door elke staat apart volgens het model van bovengenoemde historische documenten opgesteld werden, leggen de leidende beginselen vast voor de praktijk van de onderzoeker die de mens als studieobject heeft en in ons geval als arts, de zieke mens. Voor zijn praktijk op het terrein van de experimenten mag voor een christen slechts één grondbeginsel gelden: de patient bezit steeds een persoonlijke waardigheid én een sacraal karakter.

Vele ethische aspecten van de geneeskunde werden al vaak behandeld, zowel door het Kerkelijk leergezag als op congressen van de Wereldorganisatie en van de Nationale Verenigingen van Katholieke Artsen. Eén bepaald onderwerp is evenwel betrekkelijk nieuw omdat de experimenten op dat gebied eerst sedert enkele jaren een aanvang hebben genomen. Het gaat om orgaantransplantaties van nieren, hart, longen, lever, pancreas, enz. Transplantaties roepen een berg problemen op, in de eerste plaats van biologische, maar tevens van juridische, psychologische en ethische aard. Er is bovendien een verschil in de probleemstelling van de orgaantransplantaties van doden of van levenden. Hierbij valt het op dat alleen de niertransplantaties algemene verbreiding hebben gevonden; de behandelde gevallen lopen thans in de tienduizenden. Voor de andere organen (hart, lever, pancreas) is vooralsnog de beperking groter. Harttransplantaties b.v. werden totnogtoe slechts in enkele gevallen uitgevoerd (in Stanford, door Shunway die terzake de meest uitgebreide ervaring bezit met ongeveer 250 gevallen in een tijdsspanne van 15 jaar).

Het sleutelprobleem vanuit ethisch standpunt m.b.t. de transplantaties ligt in het volgende: de grootst mogelijke diensten bewijzen aan het menselijk leven en tegelijkertijd volledig de persoonlijke individualiteit van de zieke eerbiedigen. Als deze beginselen geëerbiedigd worden kan het beroep op transplantaties alleen maar gunstig onthaald worden, ook vanuit ethisch standpunt. Het gaat hier om een 'historische' overgang van een in hoge mate destructieve heelkunde naar een constructieve, met als doel het leven te redden door het te ontrukken aan de dood zelf, speciaal in het geval van orgaantransplantaties van stervenden of van doden. Ik besluit met een bedenking van Mgr. Angelini: «Is de leer en de toepassing van transplantaties niet een merkwaardige vooruitgang binnen het mysterie zelf van de schepping? Sint Augustinus had al begrepen dat de kennis niets anders is dan een achterwaarts doorlopen van de weg die God gevolgd heeft in de schepping, nl. Gods tocht overdoen. En aangezien de heelkunde van de transplantaties, waarbij zieke organen door gezonde vervangen worden, rechtstreeks ingrijpt in het leven, brengen de wetenschap en de techniek waarop die heelkunde steunt, ons dichter bij God.»

Verslag 5de congres F.E.A.M.C.

Het 5de congres van de Europese federatie van de katholieke geneesherenorganisaties begon te Lissabon op dinsdag 22 mei met de eucharistie-concelebratie cfr. van burgemeester E. NUNO Abecassis ten stadhuize volgde.

's Anderendaags werd, na het welkomwoord van de bisschop van Leira te Fatima D. Alberto Cosme do Amaral, het werkcongres geopend door Dr. Jean Kluyskens onder het leidmotief: «La médecine face aux nouveaux pouvoirs» met als thema's:

1. Erfelijkheidsadvisering en prenatale diagnostiek.
2. Ethiek van de relatie arts-Patient in de psychiatrie.
3. Medische experimenten.

Uit 13 West-Europese landen namen ruim 300 artsen deel. Sprekers uit ons land waren:
Mevr. Verschraegen-Spae (Gent): Diagnostic cytogénetique prénatal, experience personelle.
Dr. Janssens (Gent): abortus, insemination artificielle.
Pr. Dr. L. Cassiers (U.C.L.): Les epistémologies psychiatriques et leurs pentes éthiques.
Dr. L. Van der Plaetsen (Deinze): Considérations sur la relation entre psychothérapie et éthique.
Prof. J. Lederer (U.C.L.): Une éthique de l'expérimentation sur les additifs aux aliments et les médicaments.
Onze Belgische vertegenwoordiging telde een 40 man.
De Nederlandse vertegenwoordiging werd geleid door dokter J.A.J. Stevens (Arnhem) als vertegenwoordiger van de Medische Afdeling van het Thymgenootschap (Katholieke Artsen Vereniging).
Hun sprekers waren:
Dokter J.A.J. Stevens sprak over: Le Généraliste et l'Hérédité.
Prof. Dr. G. Anders (Groningen) hield een merkwaardige toespraak over: Conseil génétique et diagnostic prénatal.

Erfelijkheidsadvisering en prenatale diagnostiek

Evenals de ontwikkeling van de medische wetenschap, heeft de prenatale diagnostiek grote vlucht genomen gedurende de laatste 20 jaar. Parallel groeide het bewustzijn dat niet alles aan «het lot» kan en mag overgelaten worden.

Zolang erfelijkheidsadvisering resulteert in åfzien van zwangerschap of alternatieve oplossingen zoals adoptie, zijn de ethische-religieuze problemen nog beperkt. Zodra de diagnostiek uitgebreid wordt tot onderzoek tijdens de zwangerschap b.v. (vruchtwateronderzoek), dan wordt het moeilijk het herkennen van een afwijking los te zien van een eventuele abortus.

Er zijn dan *drie mogelijkheden:*

1. systematisch acceptatie van ieder verzoek van de ouders tot ingrijpen. Het medisch handelen wordt dan een service-verlening zonder meer.
2. absolute afwijzing van iedere zwangerschapsonderbreking. In uiterste consequentie betekent dit: het kind behouden ook als de moeder ernstig gevaar loopt. Een situatie die ook bij de foetale chirurgie kan voorkomen.
3. de tussenweg. De individuele beoordeling. Ook voor katholieke medici blijft dit een moeilijke materie. *Enkele standpunten en opvattingen,* die op het congres naar voren kwamen:

- In het algemeen het standpunt handhaven van eerbied voor het ongeboren leven, ook het ongeboren gehandicapte leven.
- Waarom onderscheid maken tussen een kind dat met een handicap wordt geboren en dan met alle zorgen wordt omringd en hetzelfde kind, waarbij de handicap wordt ontdekt na vruchtwaterpunctie 5 maanden daarvóór?
- Een onderscheid maken tussen afwijkingen die wel of niet voor zwangerschapsafbreking in aanmerking komen, is in de praktijk moeilijk te maken. Een onderscheid tussen ernstige afwijkingen waar het kind zelf niet of weinig onder lijdt (b.v. mongolisme) en die, waar het kind wel ernstig onder lijdt b.v. (spierdystrofie, pijnlijke erfelijke huidaandoeningen, ziekten die op jonge leeftijd tot de dood voeren) werd door sommigen wel gemaakt.
- De arts mag van een vrouw, die een gehandicapt kind draagt, nooit een abortus eisen. Het koppelen van een vruchtwaterpunctie aan de verplichting tot abortus bij ontdekken van een ernstige afwijking werd ook aangevochten.
- Wanneer een vrouw een ernstig gehandicapt kind draagt, is veel ondersteuning en begeleiding nodig. Indien deze vrouw een handicap als onverdraaglijk ervaart en abortus laat toepassen, is het niet aan de arts om haar te veroordelen, maar is begrip en steun nodig.

Ook de rechtstreekse betrokkenheid van de katholieke geneesheer bij de ethische problemen van niet-katholieke patienten werd besproken.

Wanneer men de katholieke geneesheren — «geconfronteerd met de toekomst» — bekijkt, dan staan ze dikwijls in een afweerpositie. Men glijdt dan dikwijls van «subjectiviteit» naar «twijfel» om te eindigen met «negatie» van elke morele waarde.

Als ieder menselijk wezen uniek is, zoals ieder gehandicapte, dan moet ieder menselijk wezen evenveel rechten hebben als ieder gehandicapte.

De katholieke geneesheer heeft contraceptie, binnen het huwelijksverband, zien afglijden naar vrije abortus zodat de weg werd geopend naar euthanasie.

Bij dergelijke filosofische, morele, ethische en deontologische benadering behoudt het menselijk leven slechts waarde — evenals dat van de gehandicapte — voor zover het dienstig is aan de gemeenschap ...

Katholieke geneesheren vinden kunstmatige inseminatie verdedigbaar, ook de proefbuisbaby, wanneer het gaat om samensmelten van eicel en sperma binnen het wettelijk huwelijksverband.

2. Ethiek van de arts-patiënt relatie in de psychiatrie.

Een thema met veel aspekten. Op medisch-ethisch terrein waren belangrijk: de menselijke benadering van de psychiatrische patiënt én de houding tegenover de geestelijk gehandicapte.

Er werd gepleit voor zoveel mogelijk wetenschappelijke objektiviteit in de psychiatrie en om het individu zoveel mogelijk te beschouwen in zijn psychosociale relaties. Daarnaast vraagt een menselijke benadering: achting voor de waarde van iedere mens, ook de geestelijke gestoorde. Dit betekent: tijd hebben voor, ruimte geven aan, geduld hebben met de geremde en ontremde medemens.

Ook op dit terrein begint de geneeskunst waar de geneeskunde eindigt. Een maatschappij, die haar psychiatrische patiënten niet aanvaardt, maar afzondert, niet verstaat, maar veracht, stelt zichzelf ter discussie.

«Traité, mais non aimé», is niet voldoende. Ook de hoogste geneeskunst ten opzichte van de geestelijk gehandicapten is de liefde (Paracelsus).

In de houding tegenover de geestelijk gestoorde gehandicapte zit een duidelijke parallel met de houding ten opzichte van de lichamelijk gehandicapte bij de prenatale diagnostiek. Voorkómen moet worden dat de verdediging van de geestelijk gehandicapte de volgende slag wordt in de strijd voor het leven. Om niet te komen tot beslissen over: wie zullen (mogen) blijven leven, en wie niet.

3. Medische experimenten. Klinische en therapeutische onderzoeken én toepassingen.

Donderdag, 24 mei, werd dit onderwerp behandeld na het gonzen van «Het Onze Vader» in de moedertaal van ieder deelnemer.

Bij de alllernieuwste onderzoeksmethoden en technieken, evenals bij de allernieuwste geneesmiddelen, spelen «de media» een voorname rol. Door de media wordt de massa «voorgelicht». Zo, meent de zieke — gezien de sociale ziekteverzekering — aanspraak te kunnen maken op de nieuwste mogelijkheden, zonder als proefkonijn te moeten, willen of kunnen, dienen, én, afgezien van de kostprijs. Zo komt de geneesheer voor een nieuwe voorlichtingsopgave te staan ten aanzien van zijn patient, de familie, de omgeving en de gemeenschap, die voor het probleem van de «verdeelsleutel» komt te staan.

Hier vindt men het spanningsveld: enerzijds proefpersoon-onderzoeker, anderzijds patiënt-medicus. Klinische en therapeutische experimenten moeten altijd voldoen aan de declaratie van Helsiniki, waarvan de voornaamste onderdelen zijn:
- Het Leven en de gezondheid van de patiënt, bij wie biomedische proefnemingen worden verricht, moeten altijd door de onderzoekende arts beschermd worden.
- Proefnemingen moeten altijd op basis van vrijwilligheid van de patiënt plaatsvinden, hetgeen diens uitdrukkelijke medeweten en instemming veronderstelt.
- Het belang van de wetenschap en de maatschappij zijn ondergeschikt aan de risico's voor de proefpersoon. Bij ernstige schade voor de proefpersoon dient het onderzoek te worden afgebroken.

Bij proefnemingen dienen psychische gevaren en nevenwerkingen tenminste even zwaarwegend geacht worden als lichamelijke nevenwerkingen.

Respekt voor, en, in waarde laten van de patiënt geldt ook bij technieken en operaties, die gevaarlijk, traumatiserend, multilerend en zelfs mensonwaardig zijn.

De vraag of alles wat medisch kan, ook geoorloofd is, zal ontkennend beantwoord worden.

Wat te denken over het voorstel om het semen van intelligente mannen in te vriezen om in latere tijden verzekerd te zijn van genieën zoals Shakespeare of Newton? Een anekdote hierbij gaat over het huwelijksaanzoek dat George Bernhard Shaw kreeg van de Engelse Schoonheidskoningin, zodat uit hun verbintenis kinderen geboren zouden worden met hoge intelligentie en grote schoonheid. Shaw kon dit aanbod niet accepteren omdat hij niet wist of zo'n kind dan niet zijn schoonheid en haar intelligentie zou erven.

Maar ook bij minder ingrijpende experimenten kunnen vraagtekens worden gezet. Als blijkt dat mannen, die langdurig vrouwelijke hormonen krijgen, minder bloeddrukstijging en hartinfarcten krijgen, heiligt het doel dan de middelen?

Bij proefnemingen ten behoeve van de mens kan bovendien een spaningsveld ontstaan tussen het voordeel van de mens en het nadeel voor de rest van de schepping.

***

In een telegram had de Paus, aan de deelnemers van het congres, veel geluk gewenst bij het vervullen van hun activiteiten «als goede samaritaan» ten dienste van de lijdende medemens.

«**Geneeskunde geconfronteerd met nieuwe mogelijkheden**» was de fenominale slottoespraak op het congres door Mgr. D. Jose Policarpo, hulpbisschop van Lissabon: ... *de mens staat voor de realiteit waarbij wetenschap en geloof in evenwicht moeten zijn met de politiek, de economie, evenals met de ethiek en de katholieke moraal....*

De ***slotmotie*** werd door de voorzitter Dr. Jean Kluyskens voorgelezen: .... *men verbindt er zich toe de vooruitgang van de geneeskunde ten dienste te stellen van het menselijk leven vanaf de conceptie, en het te verdedigen. Het gehandicapt kind wordt als een volwaardig mens beschouwd en heeft recht op speciale bescherming. De geesteszieke is eveneens een volwaardig mens, door de psychiatrie te respecteren en te beschermen. Medische experimentatie moet de menselijke waarde respecteren en rekening houden met de richtlijnen van de ethische commissies.*

***

Het congres bood informatie dóór, en discussie met buitenlanders. Naast bekende hoogleraren waren er veel jonge medici, die de moderne ontwikkelingen in de geneeskunde kritisch bekeken hebben, in het licht van geloof, ethiek en praktijk. De Portugese Katholieke Artsen Associatie had veel werk verzet voor het congres, ze genoten de steun van de drie Portugese universiteiten. Goimbra suist nog in onze oren..

De ontvangst door de Portugezen was hartelijk. Een plaats als Fatima, waar vele pelgrims hun diep menselijke zorgen en gevoelens neerleggen bij Maria, inspireert en zet aan tot nadenken en relativeren.

Na de gebruikelijke bedankingen en wensen werd het zeer geslaagd congres, waaraan intens werd deelgenomen, besloten met de eucharistieviering.

MOTIE

De Europese Federatie van Katholieke Geneesherenverenigingen (FEAMC) op haar 5de Congres te Lissabon en Fatima, van 22 tot 25 mei 1984, met als thema «De geneeskunde tegenover de nieuwe machten». verbindt zich er toe:
de vooruitgang van de technologie in de geneeskunde in dienst te stellen van de verdediging van het menselijk leven vanaf de bevruchting.

verklaart:

dat de geesteszieke eveneens een volwaardig menselijk wezen is;
dat de psychiatrie hem beschouwing en eerbied schuldig is;
dat de experimentele geneeskunde de menselijke waarden van de patiënt moet eerbiedigen en rekening dient te houden met de adviezen van de ethische commissies.

AANDENKEN

Bij het verlies van een wereldberoemd lid van de Sint Lukas Gilde betaamt het dat hij ook vanuit Sint Lukas wordt herdacht: **Professor Jules François** emeritus hoogleraar van de Gentse Rijsuniversiteit (R.U.G.) is op 17 augustus 1984 op 77 jarige leeftijd plots overleden, terwijl hij te Zermat op vakantie verbleef... De massa media hebben hem een uitzonderlijke hulde gebracht, zijn uitvaart was een grandioos eerbetoon...

We zijn dan ook gelukkig de nadruk te kunnen leggen op zijn katholiek verleden: hij heeft nooit geaarzeld lid te worden van de Sint Lukas Gilde te Gent en hij was er fier op ter gelegenheid van een wetenschappelijk interview op T.V. van zijn geloof te hebben getuigd; twee maand geleden had hij nog aanvaard als gastspreker deel te nemen aan de XVIde wereldcongres van de Katholieke Geneesheren Groepering (F.I.A.M.C.) te Buenos Aires in 1986. God heeft er anders over beslist. Het herdenken aan Professor François biedt ons tevens de gelegenheid twee andere leden van Sint Lukas Gent te huldigen: Dr. Maurice De Stoop en Dr. Adalbert de Schrijver: samen had ieder van hen een méér dan vijftig jaar lange praktijk; ze geven een verscheiden en rijk beeld van de geneeskunde uit de laatste halve eeuw.

Dr. Maurice De Stoop verliet ons op 25 april, hij was 86 jaar. Rasecht gentenaar was hij huisdokter in een landelijke buitenwijk van Gent waar hij vol kunde, opofferingsgeest en genegenheid zijn praktijk uitoefende; hij was stichtend lid van de St. Lukas Gilde te Gent in 1935 en haar eerste penningmeester, onder voorzitterschap van Professor de Stella; tot laatst was hij trouw aanwezig op de vergaderingen van de gilde en getuigde steeds van een heldere geest.

Dr. Adalbert de Schrijver, eveneens gentenaar, geboren in 1903, overleed op 17 juni 1984; hij was een gans ander type: geneesheer-specialist in het hart van de stad, genoot hij van een hoge reputatie te wijten aan zijn wetenschap, zijn goedheid, zijn bescheidenheid. Voorzitter van de Kerkraad van zijn parochie, geëngageerd Kristen op uitgelezen manier, schonk hij sedert jaren zijn trouwe steun en sympathie aan Sint Lukas.

Mogen deze drie collega's van het Eeuwig geluk genieten.

J. KLUYSKENS

INTERNATIONAAL Xde CONGRES

PARIJS, 16-17 XI 1984

Hedendaags leefmilieu met zijn problemen

Vrijdag 16/11/84: 09u.30 Opening van het Congres

10u.30 Ronde Tafel: **L'Homme et son environnement contemporain**
Moderator: Prof. S. Poenaru
Deelnemers: MM. S. Klein, Dausset, Henrotte, Coblentz, Chenieux, Stupfel, Levy-Leboyer, Ionesco.

14u.00 Ronde Tafel: **Rythmes biologiques et Activité humaine contemporaine**
Moderator: Dr. A. Reinberg
Deelnemers: MM. Assenmacher, Montagner, Ugolini, Leroy, Foret, Darrade, Touitou, Mendlewicz, Levi.

16u.30 Ronde Tafel: **Etats de vigilance et physiopathologie des troubles de vigilance dûs à l'environnement contemporain**
Moderator: Prof. M. Billiard
Deelnemers: MM. Jouvet, Rutenfranz, K.E. Klein, Arbus, Crisp, Regnard, Petre-Quadens.

Zaterdag 17 november 1984

09u.00 Thema n° 1 **«Bruit et troubles des états de vigilance»**
Voorzitterschap: M. Olsen (CE.E. Bruxelles) — Dr. A. Muzet (Strasbourg)
Deelnemers: MM. Olsen, Picard, Moch, Garnier, Gec, Vallet, Dinisi, Radojka, Pternitis.

10u.15 Thema n° 2 **«Transports et Troubles des Etats de Vigilance**
Voorzitterschap: M. Vallet (Bron) — Prof. Skorepa (Prague)
Deelnemers: MM. Foret, Angermann, Fruhstorfer, Flores, Germain, Gutmann, Vallet, Arbus, Chaumel, Wilkinson.

11u.30 Thema n° 3 **«Activité industrielle, concentrations urbaines et troubles des états de vigilance»**
Voorzitterschap: Dr. O. Benoit (Paris) — Prof. Csillaghi (Lausanne)
Deelnemers: MM. Foret, Lecomte, Benoit, Quennek, Wolkoff, Wolanski et Siniarska.

14u.00 Thema n° 4 **«Aliments, Desequilibres métaboliques et troubles des états de vigilance»**
Voorzitterschap: Prof. Oswald (Edimbourg) — Prof. Rigo (Budapest)
Deelnemers: MM. Oswald, Nicolaïdis et Danguir, Krieger, Rouhani.

15u.15 Thema n° 5 **«Activité scolaire et troubles des états de vigilance»**
Voorzitterschap: Mme A. Moch (Paris) — Prof. M. Klees (Bruxelles)
Deelnemers: MM. Montagner-Zuili et Pierart, Leconte, Leroy, Kahn, Porvaznik, Canivenc, Klees, Finicelli.

16u.30 Thema ° 6 **«Consommation Médicamenteuse et troubles des états de vigilance»**

Voorzitterschap: Prof. Soulairac (Paris) — Prof. Molle (Bruxelles)
Deelnemers: MM. Massé, Kahn, Pternitis, Goldemberg, Alfaro, Aymard, Geier, Champiat, Cannet.

Inlichtingen en inschrijving: Secrétariat Général du Congrès: Prof. Poenaru
CHU Cochin — Port Royal — Pavillon Potain
27, rue du Faubourg St. Jacques — 75674 Paris Cedex 14
of
Secrétariat Général SIRMCE: 61 rue E. Bouilliot - Bte 11
B - 1060 Bruxelles

Boekbespreking

Guido VAN STEENDAM (°1952), sinds 1981 docent wijsgerige ethiek aan de Katholieke Hogeschool te Amsterdam, promoveerde op donderdag 21 juni 1984 te Leuven tot Doctor in de Godgeleerdheid met een proefschrift dat als titel draagt:

De verankeringsplaats van de ethische vragen binnen het genetisch onderzoek. De mislukte oppositie van Robert Louis Sinsheimer tijdens het recombinant DNA — debat in de Verenigde Staten.

SAMENVATTING

Het is momenteel voor ieder duidelijk dat de gestadige vooruitgang van de wetenschappen met ethische vragen gepaard gaat. Over de plaats waar en de manier waarop deze vragen binnen het onderzoek vastgrijpen, lopen de meningen uiteen.

Sinds de eerste periode van «wetenschapskritiek» (voortbouwend op de existentieelfenomenologische en neo-marxistische analyses, en geïntensifieerd door «de bom») is men geneigd deze vragen te verschuiven naar het maatschappelijke vlak waar de wetenschap wordt toegepast. Wetenschappers hebben, binnen dit model, alleen dàn met ethiek te maken, wanneer zij de **grenzen van hun competentieveld te buiten gaan** en zich wagen op het buitenwetenschappelijke, maatschappelijke terrein. De opvattingen van Edward Schillebeeckx zijn hier te situeren.

Sinds de tweede «wetenschapskritische periode» van de zestiger jaren (met de ecologie, milieuproblemen en «grenzen aan de groei») groeide het besef dat ethische vragen reeds **binnen het wetenschappelijk competentieveld** zelf, aan de orde waren. Binnen dit model is het precies de taak van de ethiek om van buitenuit **een grens te stellen** aan het recht de wetenschappelijke competentie uit te oefenen.

Een derde model komt uit de wetenschapsfilosofische hoek en is nog weinig uitgebouwd. Het ziet ethische vragen nog intiemer met de wetenschap zelf verbonden. De **ethische bekommernis** wil dan niet langer van buitenuit begrenzen, maar zij zoekt zich een plaats **in het hart van de wetenschappelijke rationaliteit** zelf.

We toetsen deze modellen aan de discussie die sinds 1973 in de Verenigde Staten losbrandde toen het genetisch recombineren van bacteriën mogelijk werd. Robert Sinsheimer ontpopte zich hierbij — volgens hogergenoemd tweede model — tot een hevige tegenstander van dergelijke technologieën. Aan de hand van deze case-study wordt aangetoond dat een ethische discussie in de stijl van Schillebeeckx of Sinsheimer tot oppervlakkigheid is gedoemd omdat deze niet doorstoot naar de vraag van het intern sturen van de wetenschap zelf.

Wij hopen in een volgende aflevering van ons Tijdschrift uitvoerig op de inhoud van het proefschrift in te gaan.